



COMUNE di
ORTONA
ECAD

Ambito Distrettuale Sociale
n. 10 "Ortonese"



ADS 10
"ORTONESE"

2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali), finalizzati all'assistenza diretta o indiretta.

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

1- Di avere con il congiunto non autosufficiente assistito il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> nuora | <input type="checkbox"/> genero |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | |

2- Che il congiunto non autosufficiente si trova nelle seguenti condizioni

- persona non in grado di prendersi cura di sé, riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____, in quanto persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016;

3- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei seguenti benefici (EROGAZIONE ANNO 2024):



COMUNE di
ORTONA
ECAD

Ambito Distrettuale Sociale
n. 10 "Ortonese"



ADS 10
"ORTONESE"

- a) Contributo per i genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo erogato direttamente dalla Regione Abruzzo se in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo (ANNO 2024);
- b) Contributo per i caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad es. Progetti Sperimentali di Vita Indipendente finanziati con fondi ministeriali) comunque in godimento nel medesimo periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo di sollievo (ANNO 2024);
- c) Contributo ai caregiver familiari di disabili beneficiari di progetti finanziati con il fondo "Dopo di Noi" (ANNO 2024);
- d) Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, se in godimento nel periodo temporale a cui si riferisce l'erogazione del presente contributo (ANNO 2024);

4- di essere consapevole che l'erogazione del contributo:

- è condizionata all'effettiva permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e che in nessun caso è previsto l'intervento se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali all'atto della richiesta;
- si interrompe se il ricovero della persona assistita si protrae oltre i 40gg; è ripristinato al rientro della persona assistita nella casa familiare.

DICHIARA INOLTRE CHE:

Il caregiver lo assiste in maniera continuativa, è residente nella Regione Abruzzo ed è:

- anagraficamente convivente*** con il sottoscritto/persona assistita

Ai fini della valutazione della domanda dichiara di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 307 del 01.06.2023 e DICHIARA che ricorre una delle seguenti caratteristiche in ordine alle priorità di intervento individuate:

- Genitore caregiver che assiste il figlio/la figlia minore in situazione di disabilità gravissima come definita all'art. 3 del DM 26/9/2016, con priorità al caregiver di minore con disabilità gravissima privo dell'altro genitore;
- Caregiver familiare con ISEE dal valore più basso.



COMUNE di
ORTONA
ECAD

Ambito Distrettuale Sociale
n. 10 "Ortonese"



ADS 10
"ORTONESE"

- titolo di soggiorno concesso al cittadino straniero (se ricorre il caso).
- certificazione ***ISEE ordinario familiare 2023 non ristretto del caregiver richiedente non superiore a €.36.000,00, in corso di validità, con scadenza il 31.12.2024.***
(Ai fini dell'elaborazione dell'ISEE ordinario si deve tener conto della composizione del nucleo familiare al 31.12.2023).
- per i nuovi richiedenti*** : certificazione di disabilità del componente il nucleo familiare assistito dal caregiver familiare che versa in stato di disabilità e/o non autosufficienza (***così come definita dall'art. 3 del Decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali***) quindi Verbale articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18".

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 7 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE
